

Roberto Aguilar Machado Santos Silva

Suzana Portuguese Viñas



Mutismo Seletivo

Os Laços do Silêncio

As causas, Sintomas e Tratamento

Mais Comum do que Imaginamos



Mutismo Seletivo



Os Laços do Silêncio

As causas, Sintomas e Tratamento

Mais Comum do que Imaginamos



Autores

Roberto Aguilar Machado Santos Silva

Suzana Portuguese Viñas

Santo Ângelo, RS-Brasil

2023

Supervisão editorial: Suzana Portuguese Viñas

Projeto gráfico: Roberto Aguilar Machado Santos Silva

Editoração: Suzana Portuguese Viñas

Capa.: Roberto Aguilar Machado Santos Silva

1ª edição



Autores



Roberto Aguilar Machado Santos Silva
Membro da Academia de Ciências de Nova York (EUA), escritor
poeta, historiador
Doutor em Medicina Veterinária
robertoaguilarmss@gmail.com

Suzana Portuguesez Viñas
Pedagoga, psicopedagoga, escritora,
editora, agente literária
suzana_vinas@yahoo.com.br



Dedicatória

Para todos os fonoaudiólogos, pedagogos, psicopedagogos, psicólogos, psicomotricistas, terapeutas, pais e mestres.

Roberto Aguilar Machado Santos Silva
Suzana Portuguese Viñas



*Agora preciso de tua mão,
não para que eu não tenha medo,
mas para que tu não tenhas medo.
Sei que acreditar em tudo isso será,
no começo, a tua grande solidão.
Mas chegará o instante em que me darás a mão,
não mais por solidão, mas como eu agora:
por amor.*

Clarice Lispector



*Contra o calar não há castigo
nem resposta.*

Miguel de Cervantes



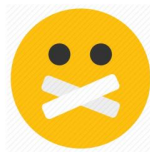
Miguel de Cervantes

Apresentação

O Mutismo Seletivo é um complexo transtorno de ansiedade infantil caracterizado pela incapacidade da criança de falar e se comunicar de forma eficaz em ambientes sociais selecionados, como a escola. Essas crianças são capazes de falar e se comunicar em ambientes onde se sintam confortáveis, seguras e relaxadas. Mais de 90% das crianças com mutismo seletivo também têm fobia social ou ansiedade social.

É importante perceber que, com diagnóstico e tratamento adequados, o prognóstico para superar o Mutismo Seletivo é excelente!

Roberto Aguilar Machado Santos Silva
Suzana Portuguese Viñas



Sumário

Introdução.....	9
Capítulo 1 - Mutismo seletivo: vozes perdidas e vidas não vividas.....	11
Capítulo 2 - Guia do professor para mutismo seletivo.....	19
Capítulo 3 - Tratamento para crianças com mutismo seletivo. Guia do terapeuta. Uma abordagem comportamental integrativa.....	35
Epílogo.....	39
Bibliografia consultada.....	40



Introdução

Se você conhece uma pessoa que pode falar livremente em casa, mas congela em ambientes públicos ou que parece excessivamente tímida, você pode conhecer alguém com mutismo seletivo. O mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade caracterizado pela incapacidade de uma pessoa falar em certos ambientes sociais, como na escola, no trabalho ou na comunidade. As pessoas com Mutismo Seletivo (SM, do inglês Selective Mutism) normalmente conseguem falar confortavelmente e se comunicar bem em outros ambientes, como em casa com a família.

Um diagnóstico de SM só pode ser feito por um profissional experiente. Não existe uma causa única de mutismo seletivo, mas geralmente é entendido como um transtorno de ansiedade relacionado à timidez, ansiedade social e temperamento inibido em que situações de fala são evitadas e esse comportamento evitativo é reforçado com o tempo. Distúrbios como linguagem expressiva/receptiva e distúrbios de comunicação podem aumentar o risco de uma pessoa desenvolver SM. Algumas pesquisas também sugerem que ser bilíngue pode aumentar o risco de uma pessoa desenvolver SM em comparação com falantes monolíngues. Embora extremamente raros, eventos traumáticos ou estressantes podem estar relacionados ao início

da SM. A maioria das pessoas com SM não relata uma história de eventos traumáticos.



Capítulo 1

Mutismo seletivo: vozes perdidas e vidas não vividas

De acordo com Gino Hipolito e Maggie Johnson (2021), do St George's University Hospitals NHS Foundation Trust (Reino Unido) e Kent Community Health NHS Foundation Trust (Reino Unido), o mutismo seletivo (SM, do inglês Selective Mutism) é um transtorno de ansiedade em que o indivíduo não consegue falar em determinadas Situações sociais. Crianças com SM são conhecidas por terem uma comorbidade maior de distúrbios de comunicação em comparação com a população em geral. Algumas pesquisas sugerem que crianças e jovens com SM podem ter dificuldades de linguagem pragmática subjacentes. Crianças e jovens com SM apresentam comportamentos semelhantes em situações sociais como aqueles com transtornos pragmáticos. No entanto, existem diferenças entre a causa e a consistência desses comportamentos. Este capítulo explora a prevalência, etiologia e conceituação de SM; os desafios que os médicos enfrentam na avaliação e diagnóstico diferencial de distúrbios pragmáticos nessa população; e uma estrutura para intervenção se as duas condições coexistirem.



Este capítulo irá descrever as características clínicas do mutismo seletivo (SM) juntamente com condições comórbidas comuns. Ele revisará a epidemiologia do SM e as razões para a variação da prevalência nos estudos de SM. Ele explorará os fatores de risco genéticos, temperamentais, de neurodesenvolvimento e ambientais que contribuem para a etiologia dessa população heterogênea. A conceituação de um distúrbio não afeta apenas a forma como os portadores e aqueles ao seu redor entendem e, conseqüentemente, vivenciam a condição (Johnson e Wintgens, 2015), mas também influencia a avaliação e impulsiona o desenvolvimento e o uso de intervenções. Uma conceituação incorreta pode levar a avaliações inadequadas e intervenções ineficazes que podem desperdiçar tempo e recursos clínicos, exacerbar a SM e aumentar o sofrimento experimentado por aqueles que vivem com SM e suas famílias.

O capítulo examina três visões conceituais de SM que surgiram na literatura: SM é uma variante do transtorno de ansiedade social; SM é uma fobia; ou SM é uma condição com dificuldades de linguagem pragmática subjacentes.



O capítulo argumenta que SM é uma fobia da expectativa de falar com certas pessoas. Ele abordará os desafios de avaliar uma criança ou jovem com SM, particularmente na área de linguagem e pragmática.



Por fim, o capítulo explorará como diagnosticar e tratar diferencialmente um distúrbio de linguagem pragmática adicional na população SM.

Características clínicas

O mutismo seletivo é classificado como um transtorno de ansiedade na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico

de Transtornos Mentais (DSM-5; American Psychiatric Association 2013) e na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11; Organização Mundial da Saúde, World Health Organisation, 2018). De acordo com esses sistemas de diagnóstico e classificação, os indivíduos com SM apresentam as seguintes características:

- Uma incapacidade consistente de falar em situações sociais específicas em que se espera falar (por exemplo, com um professor na escola ou colegas em situações sociais) enquanto o indivíduo fala livremente em outras situações (por exemplo, com os pais em casa).
- Esse padrão continuou por mais de um mês, sem incluir o primeiro mês de um novo ambiente, como a escola.
- A falta de fala impacta na educação, no trabalho ou nas interações sociais do indivíduo.
- A incapacidade de falar não se deve ao conhecimento limitado nem ao desconforto com a linguagem falada exigida na situação social específica. Também não é mais bem explicada por um distúrbio ou condição de comunicação resultando em mutismo transitório, como ansiedade de separação, esquizofrenia ou um episódio psicótico.



Além disso, reconhece-se que indivíduos com SM podem ter uma condição comórbida, como outro transtorno de ansiedade ou transtorno de comunicação, ou serem expostos a um segundo idioma. O problema coexistente terá diferentes características, início e curso para SM, com diferentes implicações para a intervenção, mas não deve afetar o gerenciamento geral do SM (Johnson e Wintgens, 2016).

Steffenburg et al. (2018) argumentam que suas descobertas apontam para a necessidade de sempre procurar sintomas de transtorno do espectro do autismo (TEA) na população SM, pois um diagnóstico duplo pode ser negligenciado, principalmente em meninas (Posserud et al., 2018).



DSM-5 dá conselhos contraditórios sobre um diagnóstico duplo de SM e ASD. Vários indicadores são fornecidos em relação ao

diagnóstico diferencial. Crianças com SM geralmente têm desenvolvimento inicial normal e habilidades de linguagem e, mesmo em ambientes onde a criança é muda, a reciprocidade social não é prejudicada. Enfatiza-se que a SM deve ser diagnosticada apenas quando a criança tem uma capacidade estabelecida para falar em algumas situações, mas não em outras. Em contraste, o desenvolvimento inicial é afetado no TEA e o uso da linguagem para comunicação social recíproca é prejudicado em todos os contextos. No entanto, apesar das claras diferenças entre SM e TEA, afirma-se na página 195 do DSM-5 que SM não ocorre exclusivamente durante o curso de TEA, sugerindo que a condição TEA pode explicar as características únicas de SM.

A CID-11 é clara, no entanto: SM e TEA são condições distintas que podem existir sozinhas ou coexistir. Na CID-11, o TEA é listado como uma 'exclusão' para SM, reconhecendo assim alguma semelhança nos sintomas (as exclusões servem como uma referência cruzada e ajudam a delimitar os limites de uma categoria). As exclusões chamam a atenção para a necessidade de cautela ao fazer um diagnóstico preciso, enquanto ainda permite a comorbidade (SM é listado de forma semelhante como uma exclusão para distúrbios de desenvolvimento da linguagem). Kotrba (2015) concorda e argumenta que a característica distintiva entre SM e outros transtornos é que a criança com SM pode falar em algumas situações, mas é impedida de usar a mesma qualidade ou quantidade de fala em outras situações devido à ansiedade. Assim, uma criança pode ter um diagnóstico

duplo de TEA e SM se falar em uma situação (embora de forma inadequada), mas não em um ambiente mais público.

A idade média de início da SM varia entre 2,7 a 4,1 anos (Viana et al. 2009; Steffenburg et al. 2018). No entanto, é preocupante que as crianças não sejam encaminhadas para tratamento até que sejam muito mais velhas (Standart e Le Couteur 2003). Kumpulainen e colegas (1998) descobriram que as crianças estavam sendo encaminhadas entre as idades de 6 a 11 anos, com idade média de 9 anos. Os pesquisadores sugeriram que esse atraso entre o início e o recebimento de ajuda profissional pode ser devido ao fato de as crianças serem percebidas como tímidas nos primeiros anos. Cohan et al. (2006) apontaram que o mutismo se torna mais evidente quando as crianças começam a frequentar a escola, pois sofrem maior pressão para falar com seus professores e colegas.

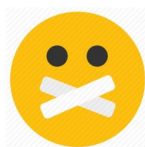
Epidemiologia

Há pesquisas limitadas sobre a prevalência de mutismo seletivo e nenhuma incidência conhecida do distúrbio no momento. Os valores de prevalência para SM variam entre 0,03% e 2% na população pediátrica (Bergman et al. 2002). Essa variação se deve ao tipo de estudo, à idade das crianças e aos diferentes critérios utilizados para diagnosticar a SM. Os estudos que usam populações clínicas tendem a produzir números mais baixos do que as populações comunitárias. Isso pode ser devido às crianças com SM não procurarem atenção clínica porque não causam

distúrbios na sala de aula e o distúrbio não é percebido como problemático em casa (Sharkey e McNicholas 2008).



Geralmente, a SM tem maior prevalência em crianças pequenas e diminui na adolescência e na idade adulta. A prevalência é de aproximadamente 1 em 140 abaixo de 8 anos (Bergman et al., 2002) e aproximadamente 1 em 550 em amostras populacionais de até 15 anos (Kopp e Gillberg, 1997; Sharkey e McNicholas 2012). Sutton (2013) estima uma prevalência adulta de 1 em 2.400 (0,04%). Johnson e Wintgens (2016) alertam que é improvável que a maioria dos estudos inclua a apresentação 'low profile' de SM, ou seja, crianças que, apesar de sua ansiedade em falar, conseguem dar respostas mínimas a pessoas como professores. Essas crianças discretas atendem aos critérios para SM, pois falham consistentemente em falar em outras situações e mostram uma acentuada falta de iniciação.



Capítulo 2

Guia do professor para mutismo seletivo

De acordo com o Child Mind Institute (2023), neste guia, explicamos como é o SM na sala de aula e oferecemos dicas e estratégias para professores.



O que é mutismo seletivo na sala de aula?

O mutismo seletivo (SM) é um transtorno de ansiedade no qual uma criança é incapaz de falar em determinados ambientes ou com certas pessoas. O ambiente mais comum para as crianças com SM terem dificuldades é a escola. O distúrbio pode ser

confuso para os adultos e doloroso para as crianças, que sentem tanta ansiedade que chegam a se sentir incapazes de falar em certas situações, embora possam falar com facilidade e conforto em outras ocasiões, como quando estão em casa com os pais. Crianças com SM não parecem necessariamente ansiosas; eles podem olhar para trás ou parecer congelados quando fazem uma pergunta ou são solicitados a se envolver.

O distúrbio geralmente não é descoberto até que a criança comece a frequentar a escola e seu professor perceba que algo está errado. Os pais podem não perceber que seus filhos têm problemas para falar perto de outras pessoas, já que falar não é um problema em casa. Ou eles podem pensar que seu filho é tímido, mas não percebem o quão prejudicial a ansiedade de seu filho realmente é.

Crianças com mutismo seletivo podem falar apenas sussurrando com professores ou colegas. Outros podem nem conseguir sussurrar e podem passar o ano letivo inteiro sem falar uma vez. As crianças com SM podem não ser capazes de responder a perguntas em sala de aula, mesmo quando sabem a resposta correta, e podem ter dificuldade para pedir ajuda ou iniciar conversas. Muitas crianças com SM não podem pedir para usar o banheiro, podendo passar horas ou o dia inteiro sem usar o banheiro (ou podem sofrer acidentes).

Sinais de que uma criança pode ter SM na sala de aula

Os sinais de que uma criança pode ter mutismo seletivo incluem:

- Ser livremente verbal e até gregário em casa, mas completamente ou principalmente não-verbal na escola ou com estranhos.
- Parecer “paralisado” de medo, ou “desligado” quando incapaz de falar.
- Usar gestos, expressões faciais e acenar com a cabeça para se comunicar. (Observe que algumas crianças com SM lutam mesmo com a comunicação não-verbal e não farão isso.)



O distúrbio pode parecer ligeiramente diferente de criança para criança. Às vezes, as crianças com SM conseguem falar com os colegas, mas não conseguem falar com o professor. Outros também ficarão em silêncio com os colegas. Muitas crianças com SM gostam da escola e têm amigos (ou querem ter); eles podem interagir não-verbalmente durante o recreio. Algumas crianças com SM conseguem falar com seus colegas em suas próprias casas, mas muitas não conseguem. Embora normalmente consigam conversar com os pais, alguns podem parar de conseguir quando estão na sala de aula (ou mesmo na propriedade da escola). Algumas crianças com SM serão capazes

de sorrir e apontar para as coisas que desejam, enquanto outras terão dificuldades mesmo com isso, desenvolvendo uma expressão facial completamente plana e não sendo capazes de usar gestos.

Embora o aquecimento em um novo ambiente de sala de aula possa levar tempo para muitas crianças, e ficar quieto nas primeiras semanas de aula não seja incomum, um aluno que não fala por mais de um mês pode ser motivo de preocupação.

O que não é SM?

Às vezes, o mutismo seletivo pode ser confundido com outras coisas (e vice-versa). Aqui estão alguns dos problemas mais comuns com os quais o SM pode ser confundido e como diferenciá-los.

Comportamento de oposição (Transtorno Opositivo Desafiador, TOD): Mutismo seletivo às vezes é confundido com comportamento de oposição porque uma criança com SM pode parecer estar se recusando a responder perguntas. Na realidade, as crianças com SM são extremamente ansiosas e vivenciam o SM como uma incapacidade de falar, mesmo quando querem. Em outras palavras, uma criança com SM não consegue falar, não se recusa a falar.

Autismo: Como crianças autistas e crianças com SM lutam com a socialização, os distúrbios às vezes podem ser confundidos um

com o outro. No entanto, mesmo quando as crianças com SM estão em situações em que não podem falar, elas ainda podem captar sinais não-verbais e sutilezas emocionais. Suas habilidades de socialização quando estão em casa com a família parecem muito típicas. As crianças autistas, por outro lado, lutam para interpretar as nuances sociais e os limites da conversa, mesmo quando estão em casa ou em outro ambiente confortável.

Trauma: Há um equívoco de que crianças com mutismo seletivo foram traumatizadas. Embora seja possível que uma criança fique muda após uma experiência traumática, geralmente a criança evita falar sobre aspectos do trauma em si, em vez de ficar completamente silenciosa. O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) também apresenta outros sintomas, como dificuldade para dormir, pesadelos e recriar o evento traumático durante o jogo, o que o torna bem diferente do SM.

Segunda língua: Quando uma criança fala uma língua diferente em casa, deve-se tomar cuidado antes de diagnosticá-la com SM. As crianças não devem ser diagnosticadas com SM se sua incapacidade de falar puder ser explicada por dificuldade de compreensão ou uso de uma segunda língua. Além disso, crianças bilíngues geralmente passam por um “período de silêncio” enquanto estão adquirindo seu novo idioma, por isso é importante não confundir esse estágio de aprendizado com SM.

No entanto, crianças bilíngues ainda podem desenvolver SM e, de fato, o distúrbio é mais comum entre crianças multilíngues, embora ser bilíngue não cause SM.

É muito importante que crianças bilíngues com suspeita de SM tenham uma avaliação completa que leve em consideração o desenvolvimento da linguagem e o histórico de seus sintomas.

Transtorno de ansiedade social: também chamado de fobia social, as crianças com transtorno de ansiedade social têm medo de serem julgadas negativamente pelos outros. Falar pode provocar ansiedade para eles, assim como escrever na frente de outras pessoas, comer na frente de outras pessoas e se apresentar. O transtorno de ansiedade social frequentemente ocorre junto com SM. Uma avaliação completa deve ser capaz de determinar se uma criança tem transtorno de ansiedade social.

Compartilhando preocupações com os pais

Se você acha que um de seus alunos pode ter mutismo seletivo, compartilhe suas observações com os pais dele. O que você tem a dizer pode ser um choque, já que os pais estão acostumados com os filhos conversando em casa e podem não ter visto o comportamento que você está vendo na escola. Portanto, faça suas observações específicas o suficiente para que os pais tenham uma imagem clara da luta de seus filhos e do que eles estão perdendo.

Por exemplo: “Estou muito feliz por ele falar em casa, mas quero ter certeza de que você sabe o que estamos vendo na escola. Seu filho vem na hora da roda, mas não pode participar. Quando chega a sua vez de nos contar como está o tempo, ele se fecha. Parece que ele quer responder, mas não consegue.

Os pais podem precisar de tempo para processar o que você está compartilhando ou querem dar à criança mais tempo para ver se ela se tornará mais verbal. Estas são reações totalmente normais e razoáveis. No entanto, se a criança continuar não progredindo e seus pais não estiverem abertos ao que você tem a dizer, você pode querer chamar o psicólogo da escola ou outro membro da equipe ou administração da escola que possa se reunir com os pais e discutir novamente o que está acontecendo na sala de aula.

Como o SM é tratado

Após uma avaliação diagnóstica cuidadosa, as crianças diagnosticadas com mutismo seletivo devem começar a trabalhar com um profissional de saúde mental, de preferência um psicólogo com experiência no tratamento de mutismo seletivo. O tratamento consiste em terapia comportamental especializada com técnicas que estimulam a fala e depois reforçam experiências de fala bem-sucedidas com muitos elogios rotulados e pequenos incentivos.

Parte do tratamento envolve ajudar as crianças com SM a enfrentar as situações que as deixam ansiosas, em vez de evitá-

las. Isso ajudará sua ansiedade a desaparecer com o tempo. No entanto, crianças com mutismo seletivo nunca devem ser persuadidas ou pressionadas a falar. O ritmo do tratamento deve ser muito gradual e não se deve pedir às crianças que façam algo que seja muito difícil para elas. O objetivo do tratamento é ajudar a construir a confiança da criança, acumulando experiências de fala mais bem-sucedidas. Forçar uma criança a fazer algo mais do que ela pode suportar pode ter um efeito negativo se ela não conseguir atender às expectativas.



Como as crianças com SM geralmente são pequenas, o tratamento também deve envolver o trabalho direto com os pais, cuidadores e outros adultos que apóiam a criança para que aprendam como ajudá-la a falar e se envolver. O provedor de tratamento da criança também deve ensinar os cuidadores a evitar “resgatar” a criança respondendo por ela ou aceitando um excesso de confiança na comunicação não-verbal. É comum que adultos muito bem-intencionados façam isso automaticamente, mas na verdade pode reforçar o SM da criança.

Saber quando – e como – pedir a uma criança com mutismo seletivo para participar da aula pode ser difícil. É por isso que é extremamente importante que os professores saibam no que o

aluno está trabalhando na terapia e obtenham orientações sobre a melhor forma de apoiar e reforçar o progresso que ele está fazendo. Os especialistas que tratam do mutismo seletivo descobriram que as crianças têm mais sucesso quando seus professores, pais e terapeuta se juntam para formar uma equipe, compartilhando metas, dicas e feedback. Essa parceria é essencial porque, mesmo que a criança esteja progredindo no consultório médico, se seus ganhos não se traduzirem em progresso na sala de aula, seu tratamento está errando o alvo.

Dicas para ajudar as crianças a falar

- Seja um locutor esportivo: recapitule passo a passo o que a criança está fazendo: “Você está desenhando uma flor” ou “Vejo que está apontando para a figura do livro”. Isso ajuda a transmitir interesse pelo que a criança está fazendo e é uma boa técnica para recorrer quando ela não fala.
- Espere 5 segundos: quando fazemos uma pergunta, muitas vezes não damos às crianças tempo suficiente para responder. Esperar cinco segundos sem repetir a pergunta ou deixar alguém responder por uma criança é uma boa regra prática. Também ajuda as crianças a aprender a tolerar sua ansiedade.
- Use elogios rotulados: em vez de apenas dizer “Ótimo trabalho!” seja específico: “Ótimo trabalho me dizendo que você quer suco!” Dessa forma, as crianças sabem exatamente pelo que estão sendo elogiadas e se sentem motivadas a continuar fazendo isso.

- Reformule sua pergunta: Em vez de fazer perguntas que possam ser respondidas com um sim ou não — ou, mais frequentemente, acenando com a cabeça ou balançando a cabeça — faça uma pergunta que tenha maior probabilidade de gerar uma resposta verbal. Tente dar a ele escolhas (“Você gostaria de um adesivo de cachorrinho ou um adesivo de estrela?”) Ou fazer perguntas mais abertas (“O que devemos jogar a seguir?”).
- Pratique o eco: repita ou parafraseie o que a criança está dizendo. Isso é reforçador e permite que ele saiba que foi ouvido e compreendido. Para crianças que falam muito baixo, repetir o que dizem também ajuda a participar de grupos maiores.

Estratégias para a sala de aula

Aqui estão algumas das estratégias que os professores relatam achar úteis:

Comunicação não-verbal: Se a criança é capaz de usar gestos e sinais manuais (como apontar, acenar com a cabeça, dar um polegar para cima ou para baixo), a comunicação não-verbal é uma ótima maneira de ajudar as crianças a participar da aula. O objetivo é que ela eventualmente vá além de depender apenas da comunicação não-verbal, mas, enquanto isso, ainda é uma maneira eficaz de atender às suas necessidades e de você mostrar a ela que sua participação é valorizada.

Emparelhamento com um amigo: Se uma criança tem um amigo em particular com quem ela já fala ou com quem ela se dá muito bem, fazer com que eles se sentem um ao lado do outro pode diminuir sua inibição e aumentar a chance de ela falar acima.

Trabalho em pequenos grupos: Algumas crianças sentem menos ansiedade quando estão fazendo atividades dentro de um grupo menor e podem ser mais propensas a falar.

Desenvolver pontos fortes e áreas de interesse: As crianças se sentem mais animadas e confiantes (e menos inibidas) quando exploram coisas nas quais estão interessadas ou usam seus talentos para se sentirem bem consigo mesmas.

Tempo de aquecimento: As crianças com SM se beneficiam muito por poderem vir para a sala de aula com os pais e “aquecer” antes que qualquer outra pessoa esteja lá. Isso permite que a criança pratique ser verbal naquele ambiente sem a pressão de ter o professor ou colegas lá. Idealmente, depois de um tempo sozinho com os pais, um professor pode ser capaz de “desaparecer” na sala de aula, enquanto ainda dá espaço para o aluno e seus pais.

Apoio externo: Dependendo do nível de deficiência de uma criança, pode ser muito útil ter seu terapeuta ou outra pessoa treinada em estratégias de tratamento de mutismo seletivo para

passar algum tempo dentro da sala de aula para fornecer apoio individualizado.

Crianças com SM podem se qualificar para serem elegíveis para serviços escolares especiais.

Repensando os testes

Pode ser difícil entender onde está a compreensão de uma criança se ela não puder participar da aula. Ler em voz alta, responder a perguntas e contribuir para a discussão pode ser impossível.

Uma boa maneira de avaliar os níveis de desempenho é fazer com que os pais gravem a leitura em voz alta de seus filhos ou façam uma lição em casa que não poderia ser feita em sala de aula. Para coisas como atividades de soletração em grupo que precisam ser feitas em sala de aula, talvez a criança possa escrever sua palavra ou soletrá-la com letras magnéticas. Todas essas acomodações devem ser temporárias e fazer parte de um plano específico com o objetivo final de verbalizar diretamente. O terapeuta que trabalha com seu aluno também pode recomendar outras maneiras criativas pelas quais as crianças podem mostrar sua habilidade e compreensão do material da aula.

Mudar de classe ajudaria?

Os pais às vezes se perguntam se mudar de classe ou escola ajudará seus filhos a começar a falar. É verdade que às vezes pode ser difícil fazer uma criança com mutismo seletivo falar na frente de pessoas com quem ela tem um histórico de não falar. Quanto mais ela estiver acostumada a não falar perto do professor, por exemplo, mais arraigado isso vai ficar. No entanto, tirar uma criança de uma classe e colocá-la em outra também pode ser perturbador sem ser útil - especialmente se a criança não estiver recebendo tratamento no momento ou seu novo professor não estiver preparado para trabalhar com uma criança que tem SM. .

Se seu aluno se sentir confortável com você e você estiver seguindo as recomendações de seu provedor de tratamento, certamente vale a pena tentar progredir em sua sala de aula atual. Se os pais da criança preferirem mudar de classe, será importante que eles coloquem estratégias e técnicas para ajudá-la antes que ela entre na nova classe. Caso contrário, eles podem estar arriscando apresentá-la a mais uma aula em que ela se sente incapaz de falar, o que pode reforçar sua ansiedade. A próxima seção deste guia dá conselhos para trabalhar com um novo aluno que tem SM.

Ajudando um novo aluno já diagnosticado com SM

Se você descobrir que um novo aluno em sua classe lutou contra o mutismo seletivo no passado, é importante ajudá-lo a aprender

a se sentir confortável com você. Aqui estão algumas ideias que podem ajudar:

Agende uma visita

Muitos especialistas recomendam que um aluno com SM conheça seu novo professor antes do início das aulas, para que ele tenha uma interação individual, antes que outras crianças estejam por perto.

Você pode providenciar para que os pais da criança a levem à sala de aula nos dias anteriores ao início das aulas para que você possa se apresentar e fazer um tour pela sala de aula. Ele não precisa falar com você durante esta primeira reunião se não estiver pronto, mas pode conversar com os pais para começar a construir experiências de fala bem-sucedidas dentro da sala de aula.

Se houver brinquedos na sala de aula, você pode dar a ele a chance de brincar por alguns minutos. Depois que ele se sentir confortável, você pode ser um “locutor esportivo” e fazer uma recapitulação passo a passo do que ele está fazendo (“vejo que você está levando a vaca para o celeiro” ou “Uau, você está fazendo aquele carro andar rápido!”). Esta é uma ótima maneira de se conectar com ele, mesmo que ele não esteja pronto para falar.

Faça um video

Outra boa maneira de quebrar o gelo é fazer com que a criança grave um pequeno vídeo para você em casa. Dessa forma, ele pode se apresentar em um ambiente onde se sinta confortável e você pode ver como ele pode ser tagarela e confiante. Se ele puder, seria bom se ele mesmo pudesse mostrar o vídeo durante a visita da família antes do início das aulas. Essa é uma maneira de ele começar a se comunicar com você e a se considerar uma pessoa que fala na escola.

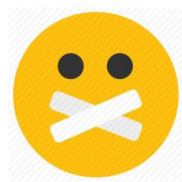
Organize os Planos B

Tente ter um plano B para situações em que a criança está sendo solicitada a fazer algo que ainda não pode fazer. Por exemplo, em vez de perguntar a seu aluno que trabalho ele deseja na sala de aula naquele dia, seu Plano B pode ser dizer: “Jack, venha e aponte para o trabalho que você deseja hoje”.

Da mesma forma, se você descobrir que um aluno não está pronto para pedir para você usar o banheiro, elabore um plano com antecedência. Se ele puder usar sinais manuais, providencie um sinal que ele possa usar quando precisar ir ao banheiro. Se ele não for capaz de usar sinais, talvez por enquanto haja um entendimento de que ele pode usar o banheiro quando precisar, sem pedir permissão. Certifique-se de que ele também saiba onde fica o banheiro. Para outras crianças, pode ser necessário simplesmente levá-las ao banheiro e dizer “hora de ir ao banheiro”.

Fale com a equipe de tratamento

Se a criança estiver recebendo tratamento para seu mutismo seletivo, o ideal é que você fale com o terapeuta ou com os pais para saber mais sobre o que ela está fazendo no tratamento e como você pode apoiá-la na sala de aula. Por exemplo, eles podem estar usando um mapa astral para recompensá-lo quando ele segue um comportamento específico no qual está trabalhando, e você pode ajudar a reforçar isso. Da mesma forma, ele pode estar respondendo bem a certas técnicas que você pode tentar usar. É importante que a equipe de tratamento tenha certeza de que você está na mesma página, porque qualquer avanço feito no consultório do médico precisa ser transferido para a sala de aula para que seja um verdadeiro sucesso.



Capítulo 3

Tratamento para crianças com mutismo seletivo. Guia do terapeuta. Uma abordagem comportamental integrativa

Este capítulo descreve resumidamente um programa de tratamento ambulatorial multicomponente para crianças de 4 a 8 anos com mutismo seletivo (SM). O mutismo seletivo é uma condição comportamental prejudicial na qual uma criança não consegue falar em certas situações sociais, apesar de falar regularmente e normalmente em outras situações. Embora a SM esteja intimamente relacionada à fobia social infantil, os tratamentos cognitivo-comportamentais existentes que são eficazes para a fobia social muitas vezes não são apropriados para o tratamento da SM. O fracasso frequente das crianças com SM em falar com o terapeuta (pelo menos durante as primeiras sessões), a idade tipicamente jovem das crianças com SM e a necessidade de envolvimento considerável do pessoal da escola (geralmente professores) são as razões mais notáveis que necessitam de modificação dos protocolos existentes de terapia cognitivo-comportamental (TCC).

Esta abordagem de tratamento enfatiza as técnicas comportamentais a serem usadas em conjunto com a intervenção baseada na exposição. Devido ao desenvolvimento cognitivo limitado das crianças pequenas, o uso de estratégias cognitivas é restrito a técnicas bastante simples. Embora essas técnicas sejam descritas em capítulos específicos da sessão, elas devem ser utilizadas quando apropriado. Da mesma forma, deve-se notar que o tratamento em geral pode nem sempre prosseguir no ritmo descrito.

Em vez disso, algumas crianças podem avançar nas sessões em um ritmo mais rápido e outras podem exigir mais tempo para prosseguir com o tratamento. Além disso, intervenções ou exposições específicas de forma alguma constituem um inventário exaustivo das técnicas a serem utilizadas. A criatividade na concepção de intervenções é crucial e os terapeutas devem evitar o excesso de confiança nas intervenções sugeridas.

Fazer isso provavelmente reduziria ou limitaria o desenvolvimento de intervenções únicas e individualizadas. Dado que o tratamento foi desenvolvido para crianças de 4 a 8 anos, a adaptação mais típica será para crianças mais velhas que são capazes de um pensamento mais abstrato, bem como de uma abordagem mais colaborativa.

Embora os terapeutas devam usar a experiência clínica e o julgamento ao determinar o nível de apresentação e a complexidade do tratamento para uma determinada criança, ideias sobre a adaptação para a criança mais velha.

O tratamento envolve intervenções comportamentais focadas na exposição gradual a situações difíceis de fala. Sua participação inicial envolverá o fornecimento de informações sobre sua sala de aula e a comunicação de suas observações sobre o comportamento de (criança). Então, à medida que desenvolvemos juntos as atribuições de falar, sua participação na implementação de intervenções e na comunicação de seus resultados será fundamental para o tratamento. Normalmente, as intervenções relacionadas à escola envolvem o professor passando alguns minutos com a criança em momentos em que nenhuma outra criança está presente (por exemplo, antes da aula, durante o recreio, depois da escola). Pedimos que você implemente as situações de exposição exatamente como atribuídas. Isso é importante porque mesmo pequenas mudanças podem alterar a dificuldade da atribuição para (criança). Por exemplo, se o tratamento de (criança) progrediu a ponto de ela/ele tolerar falar em particular com você (sem outras crianças por perto), não é provável que seja bem-sucedido se ela/ele tentar uma tarefa nesse ponto com as outras crianças à vista. Usaremos um fichário ou caderno, trocado entre nós, para comunicar a natureza dessas tarefas e seus resultados.

Prognóstico

Devido ao fato de não haver estudos longitudinais prospectivos relevantes, muito pouco se sabe sobre o curso de longo prazo da

SM. Existem alguns dados que indicam melhora dos sintomas, mas não remissão, entre crianças em um período de 6 meses. Curiosamente, adultos identificados como tendo SM quando crianças relatam retrospectivamente que o SM remite, mas que a ansiedade social e os comportamentos de evitação significativos continuam.



Epílogo

O mutismo seletivo (SM) é um transtorno de ansiedade no qual uma pessoa que de outra forma é capaz de falar se torna incapaz de falar quando exposta a situações específicas, lugares específicos ou pessoas específicas, uma ou várias das quais servindo como gatilhos. Isso é causado pela resposta de congelamento. O mutismo seletivo geralmente coexiste com o transtorno de ansiedade social. Pessoas com mutismo seletivo ficam em silêncio mesmo quando as consequências de seu silêncio incluem vergonha, ostracismo social ou punições

Ao contrário da crença popular, as pessoas com mutismo seletivo não melhoram necessariamente com a idade. O tratamento eficaz é necessário para que a criança se desenvolva adequadamente. Sem tratamento, o mutismo seletivo pode contribuir para a depressão crônica, mais ansiedade e outros problemas sociais e emocionais.

Consequentemente, o tratamento em uma idade precoce é importante. Se não for tratado, o mutismo seletivo tende a se auto-reforçar. Outros podem eventualmente esperar que uma criança afetada não fale e, portanto, pare de tentar iniciar o contato verbal.

Bibliografia consultada

A

ALBRIGTSEN, V.; ESKELAND, B.; MÆHLE, M. Ties of silence - Family lived experience of selective mutism in identical twins. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 21, n. 2, p. 308-323, 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition.** Washington, DC: American Psychiatric Association. 1987.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition.** Washington, DC: American Psychiatric Association. 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition text revision.** Washington, DC: American Psychiatric Association. 2000.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition.** Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013.

B

BERGMAN, R. L. **Treatment for children with selective mutism: an integrative behavioral approach.** New York: Oxford University Press. 2013.

BERGMAN, R. L.; GONZALEZ, A.; PIANCENTINI, J.; KELLER, M. L. Integrated behavior therapy for selective mutism: a randomized controlled pilot study. **Behaviour Research and Therapy**, v. 51, n. 10, p. 680-689, 2013.

BERGMAN, R. L.; PIACENTINI, J.; MCCRACKEN, J. T. Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 41, n. 8, p. 938-946, 2002.

BERGMAN, R. L. Treatment for children with selective mutism. An integrative behavioral approach. Disponível em: < <http://www.drdelavari.com/download/2.pdf> > Acesso em: 23 mar. 2023.

C

CHILD MIND INSTITUTE. **Teacher's Guide to Selective Mutism.**

Disponível em: < <https://childmind.org/guide/teachers-guide-to-selective-mutism/> > Acesso em: 23 mar. 2023.

COHAN, S. L.; CHAVIRA, D. A.; STEIN, M. B. Practitioner review: psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 47, n. 11, p. 1085-1097, 2006.

CUMMINGS, L. **Pragmatic disorders. Volume 3, Perspectives in Pragmatics, Philosophy & Psychology.** Dordrecht: Springer. 2014.

H

HIPOLITO, G.; JOHNSON, M. Chapter 10: selective mutismo. In: **Handbook of pragmatic language disorders: complex and**

underserved populations. Cummings, L. Ed. Cham, Switzerland: Springer Nature Switzerland AG. 2021. pp. 247-281.

J

JOHNSON, M.; WINTGENS, A. **The selective mutism resource manual.** Milton Keynes: Speechmark Publishing Ltd. 2001.

JOHNSON, M.; WINTGENS, A. **The selective mutism resource manual. Second edition.** London: Routledge. 2016.

K

KOPP, S.; GILLBERG, C. Selective mutism: a population-based study: a research note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 38, n. 2, p. 257-262, 1997.

KOTRBA, A. **Selective mutism: an assessment and intervention guide for therapists, educators & parents.** Eau Claire, WI: PESI Publishing & Media. 2015.

KRISTENSEN, H. Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 39, n. 2, p. 249-256, 2000.

KRISTENSEN, H. Non-specific markers of neuro-developmental disorder/delay in selective mutism: a case-control study. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 11, n. 2, p. 71-78, 2002.

KUMPULAINEN, K.; RÄSÄNEN, E.; RAASKA, H.; SOMPPI, V. Selective mutism among second-graders in elementary school. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 7, n. 1, p. 24-29, 1998.

P

POSSERUD, M.; HYSING, M.; HELLAND, W.; GILLBERG, C.; LUNDERVOLD, A. J. Autism traits: the importance of “co-morbid” problems for impairment and contact with services. Data from the Bergen Child Study. **Research in Developmental Disabilities**, v. 72, p. 275-283, 2018.

S

SHARKEY, L.; MCNICHOLAS, F. 'More than 100 years of silence', selective mutism: a review of the literature. **European Child and Adolescent Psychiatry**, v. 17, n. 5, p. 255-263, 2008.

SHARKEY, L.; MCNICHOLAS, F. Selective mutism: a prevalence study of primary school children in the Republic of Ireland. **Irish Journal of Psychological Medicine**, v. 29, n. 1, p. 36-40, 2012.

STANDART, S.; LE COUTEUR, A. The quiet child: A literature review of selective mutism. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 8, n. 4, p. 154-160, 2003.

STEFFENBURG, H.; STEFFENBURG, S.; GILLBERG, C.; BILLSTEDT, E. Children with autism spectrum disorders and selective mutism. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 14, p. 1163-1169, 2018.

V

VIANA, A. G.; BEIDEL, D. C.; RABIAN, B. Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. **Clinical Psychology Review**, v. 29, n. 1, p. 57-67, 2009.

W

WALKER, A. S.; TOBBELL, J. Lost voices and unlived lives: exploring adults' experiences of selective mutism using interpretative phenomenological analysis. **Qualitative Research in Psychology**, v. 12, n. 4, p. 453-471, 2015.

WORLD HEALTH ORGANISATION. **International classification of diseases 11th revision**. 2018.



